

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1976 - N° 141

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPORT
DE LA FIBROSCOPIE DIGESTIVE
PAR VOIE HAUTE DANS LE DIAGNOSTIC
DES HEMORRAGIES DIGESTIVES
A PROVOCATION MEDICAMENTEUSE**

(Travail à propos de 100 dossiers
du service du Docteur H. FRAISSE - CHR de Saint-Etienne)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Avril 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Louis PORTE

né le 10 Mars 1947

à ROMANS (Drôme)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1976 - N°

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPORT
DE LA FIBROSCOPIE DIGESTIVE
PAR VOIE HAUTE DANS LE DIAGNOSTIC
DES HEMORRAGIES DIGESTIVES
A PROVOCATION MEDICAMENTEUSE**

(Travail à propos de 100 dossiers
du service du Docteur H. FRAISSE - CHR de Saint-Etienne)

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 15 Avril 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Louis PORTE

né le 10 Mars 1947

à ROMANS (Drôme)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N°

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'APPORT
DE LA FIBROSCOPIE DIGESTIVE
PAR VOIE HAUTE DANS LE DIAGNOSTIC
DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES
A PROVOCACTION MÉDICAMENTEUSE

(Travail à propos de 100 dossiers
du service du Docteur H. FRAISSE - CHR de Saint-Etienne)



THÈSE

présentée

A l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 12 Avril 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Jean-Louis FORTE

né le 10 Mars 1947

A ROMANS (Drôme)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON 1

Président de l'Université : Mr le Pr D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Mr le Pr. E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Mr P. PONCET, Maître Assistant
Troisième Vice-Président : Mr H. BONNET, Etudiant
Secrétaire général : Mr J. RAMBAUD, Administrateur Civil.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine - GRANGE-BLANCHE - Directeur = Mr le Pr B. SALLE
ALEXIS-CARREL - Directeur = Mr le Pr C. GIROD
SUD-OUEST - Directeur = Mr le Pr J.M. ROBERT
LYON-NORD - Directeur = Mr le Pr J.P. GARIN

Biologie Humaine : Mr le Pr J.C. CZYBA

Techniques de Réadaptation: Mr A. MORGON, Maître de Conférences Agrégé

Sciences Pharmaceutiques: Mr le Pr L. ODDOUX

Sciences Odontologiques: Mr le Dr R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive: Mr A. MILLON, Professeur d'E.P.

Mathématiques: Mr le Pr H. BUCHWALTER

Physique: Mr le Pr R. UZAN

Chimie et Biochimie: Mr le Pr J. HUET

Sciences de la Nature: Mr le Pr J. BRUN

Sciences Physiologiques: Mr R. FONTANGES, Maître de Conférences Agrégé

Observatoire de LYON: Mr le Pr J.H. BIGAY

Physique Nucléaire: Mr le Pr A. SARAZIN

Mécanique: Mr le Pr J. MATHIEU

I.U.T. n° 1 : Mr le Pr B. POUYET

I.U.T. n° 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S. A.M.

A Adeline,

qui n'a pu m'apporter la douleur,

qu'elle trouve ici le témoignage de tout mon amour
et mes vœux pour son plus grand bonheur.

A Mme Catherine,

Examineurs de la Thèse:

Président: Monsieur le Professeur A. VACHON
Il nous fera toujours notre bonheur.

Assesseurs: Monsieur le Professeur J. C. KALB

Monsieur B. SAVOYE, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur R. TETE, Maître de Conférences Agrégé

Monsieur le Docteur H. FRAISSE.

A Adeline,

qui a su m'apporter le Bonheur.

Qu'elle trouve ici le témoignage de tout mon amour
et mes remerciements pour son aide précieuse.

A Anne-Catherine,

pour son sourire et sa joie de vivre: qu'ils
illuminent toujours notre bonheur.

A mon Père tant regretté,

qui m'a toujours aidé et aurait été si heureux
d'être présent aujourd'hui.

Sa joie de vivre est un souvenir cher et impé-
rissable.

A ma Mère,

avec mes plus affectueuses pensées.

A ma Grand'mère,

avec toute mon affection.

A mes Beaux-Parents,

qui ont su m'accueillir comme un fils.

A ma Marraine, mes oncles, mes tantes,

A toute ma famille,

A tous mes amis,

A tous les êtres chers disparus.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. VACHON

qui a bien voulu accepter de présider cette thèse,
et dont nous avons pu apprécier le grand sens cli-
nique, l'ouverture d'esprit et la très grande huma-
nité.

A NOS JUGES :

Monsieur le Professeur J.C. KALB

Notre séjour dans son Service est un des meilleurs souvenirs de notre Externat, et je le remercie d'accepter de participer à ce jury.

Monsieur le Professeur Agrégé B. SAVOYE

Il nous a toujours été très agréable de travailler avec lui et de bénéficier de son enseignement.

Monsieur le Professeur Agrégé R. TETE

Bien que ne travaillant pas directement avec lui, nous avons pu profiter de son enseignement et de son grand savoir.

Monsieur le Docteur H. FRAISSE

qui a accepté de nous confier ce travail et qui a su nous donner le goût, au début de notre Internat, de la gastro-entérologie.

Nous le remercions de nous avoir apporté son aide et l'expérience de son grand savoir.

A NOS MAITRES , écoutés au cours de nos études médicales.

A NOS MAITRES D'EXTERNAT:

Monsieur le Docteur DUVERNE

Monsieur le Professeur BERTÔVE

Monsieur le Professeur BÔLOT

Monsieur le Professeur KALB

Monsieur le Professeur ALLEGRE

Monsieur le Professeur Agrégé GOUTELLE

Monsieur le Docteur TOURNIAIRE.

A NOS MAITRES D'INTERNAT:

Monsieur le Docteur H. FRAISSE

Monsieur le Docteur BOUQUIN

Monsieur le Docteur POTTON

Monsieur le Professeur M. GIRARD

Monsieur le Professeur Agrégé SAVOYE

Monsieur le Professeur VACHON

Monsieur le Professeur Agrégé TETE.

Monsieur le Docteur CÁNARELLI

Aux Assistants, Chefs de Clinique, qui ont guidé notre Internat:

Monsieur le Docteur ETAIX

Monsieur le Docteur BERTHET

Monsieur le Docteur ROSAN

Monsieur le Docteur BARTHELEMY

Monsieur le Docteur LEHMAN

Monsieur le Docteur GONNET .

Aux personnes qui ont participé à l'élaboration des dossiers qu'utilise cette thèse:

Monsieur le Docteur H. FRAISSE,

qui a surveillé l'évolution des malades concernés par cette étude, coordonné leur traitement, et nous a aidé de ses précieux conseils.

Monsieur le Docteur ETAIX

qui a réalisé les examens endoscopiques des malades étudiés, et nous a fait bénéficier de sa très grande expérience.

P L A N

INTRODUCTION.

I - MATERIEL D'ETUDE

- A - Conditions Etiologiques.
- B - Mode de révélation de l'hémorragie.
- C - Eléments de gravité.
- D - Médications agressives en cause.
- E - Circonstances de la prise médicamenteuse.

II - RESULTATS ET COMMENTAIRES

- A - Détection du caractère hémorragique des lésions.
- B - Les lésions découvertes.

III - INTERET DIAGNOSTIQUE DE LA FIBROSCOPIE

- A - Etude parallèle des résultats de la fibroscopie et de la radiologie.
- B - Avantages techniques de la fibroscopie.

IV - INTERET PRONOSTIQUE DE LA FIBROSCOPIE

- 1 - La détermination de l'hémorragie.
- 2 - L'évolution endoscopique - L'évolution clinique.

V - LIMITES DE LA METHODE

- 1 - Les échecs totaux.
- 2 - Les difficultés de l'examen en période hémorragique.
- 3 - Les accidents.

CONCLUSION.

I N T R O D U C T I O N

La notion de l'existence d'une pathologie consécutive aux pratiques thérapeutiques est fort ancienne, les avantages et les inconvénients de tout traitement, même héroïque, étant à discuter au cours de la décision thérapeutique.

Cependant, l'essor de la chimiothérapie, multipliant les possibilités de traitement, a fait se développer parallèlement l'étude systématique des risques et inconvénients encourus par le patient.

La relation entre les hémorragies digestives et l'utilisation de certaines médications a ainsi été suspectée, faisant parvenir à la notion de médications agressives pour le tube digestif. En particulier, cette relation a été évaluée en 1943 par HURST, qui observait une prise d'aspirine au cours de la moitié des hémorragies digestives.

Cette notion d'agression de la muqueuse du tube digestif, en particulier au niveau oesogastroduodénal, par diverses médications, et notamment par l'aspirine, universellement connue et utilisée, a été précisée expérimentalement chez l'animal (LEVRAT M. et LAMBERT R., 1960) comme chez l'homme (nous pouvons citer ainsi les travaux de KUIJER, 1969, et ceux de PIERSON, 1961, mettant en évidence une hémorragie microscopique accrue dans les fèces de sujets consommant de l'acide acétylsalicylique).

La fréquence de ces hémorragies à provocation médicamenteuse est difficile à apprécier par rapport à l'ensemble de la consommation pharmaceutique, et l'on peut seulement évaluer leur part dans l'ensemble des hémorragies digestives, qui sont en fait variables dans une assez large mesure selon les auteurs, mais généralement comprises entre 20 et 40 % (par exemple MINICONI, 1970, signale 28 % - BEAUCHANT, 1972, signale 34 %).

L'avènement de la fibroscopie digestive, et surtout le développement d'appareillages de plus en plus maniables et perfectionnés, ont renouvelé les possibilités de diagnostic des hémorragies digestives, en particulier d'origine médicamenteuse, transformant un certain nombre de diagnostics de probabilité en diagnostics de certitude, l'examen endoscopique permettant souvent de détecter des lésions restées inapparentes au cours de la radiologie d'urgence, qui était seule praticable avant l'avènement de celui-ci. En fait, bien que les espoirs qui ont été mis dans cette méthode n'aient pas été déçus, il persiste encore, dans toutes les séries publiées, des cas où le diagnostic ne peut être fait avec certitude.

I - MATERIEL D'ETUDE

Ce travail résulte de l'étude de 100 observations de malades hospitalisés entre 1971 et 1975 pour hémorragies digestives survenues après utilisation de différentes médications, dans les Services du CHR de ST ETIENNE, et en particulier dans celui de Monsieur le Docteur FRAISSE, où ont été réalisés les examens endoscopiques.

L'appareillage endoscopique utilisé était un fibroscope de la firme Olympus à vision axiale (oesogastrosopes EF - D et D2).

A - *LES CONDITIONS GENERALES DE SURVENUE DE L'HEMORRAGIE*

1 - Le sexe et l'âge

Le tableau I met en évidence:

- une plus grande fréquence de survenue chez des sujets âgés de 40 à 80 ans (93 %);
- une plus grande fréquence chez l'homme, en particulier jusqu'à 60 ans (37 hommes âgés de moins de 60 ans, alors que ne sont examinées que 11 femmes de la même période de vie);
- une apparente équivalence de fréquence de survenue des hémorragies à provocation médicamenteuse après 60 ans chez l'homme (26 cas) et chez la femme (26 cas).

2 - La saison

Le tableau II exprime la fréquence des cas examinés chaque mois.

Les maximums de fréquence sont retrouvés en janvier (14 cas), avril (15 cas), et mai (12 cas), alors que, au contraire, les hémorragies sont rarement survenues en février (2 cas), juin (7 cas), juillet (5 cas) et septembre (4 cas).

3 - Les antécédents pathologiques

Les antécédents digestifs (tableau III) sont essentiellement représentés par la sclérose hépatique (16 cas masculins et 4 cas féminins), les antécédents d'ulcère gastroduodénal (18 fois) et les syndromes douloureux épigastriques inexplicables (17 fois).

TABLEAU 1

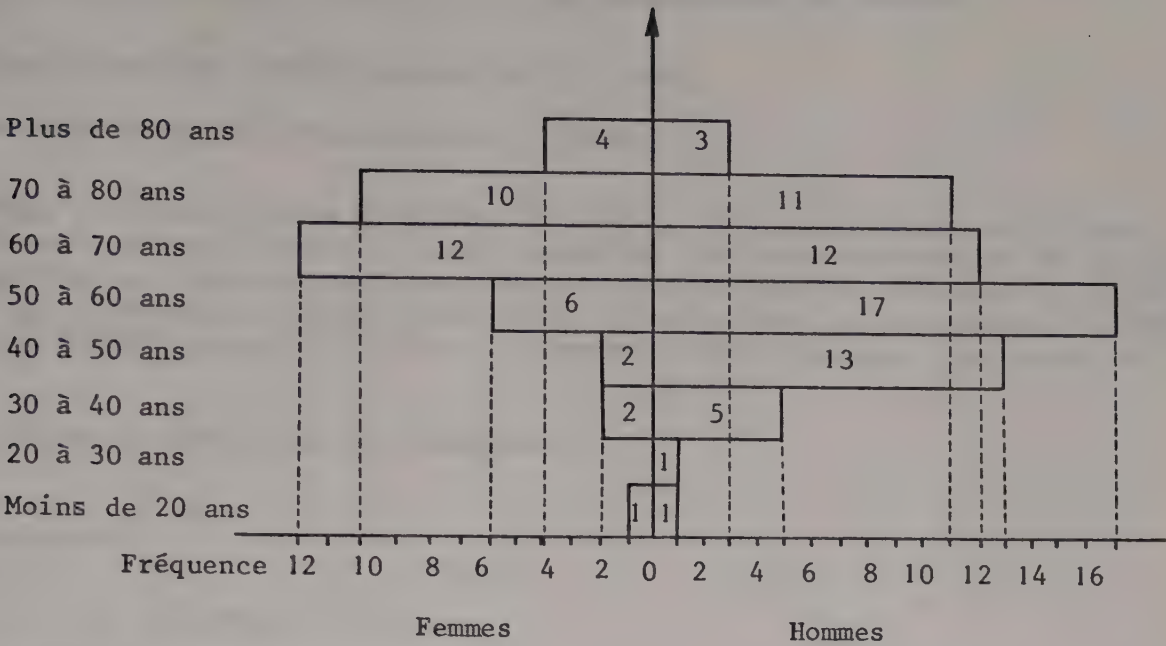
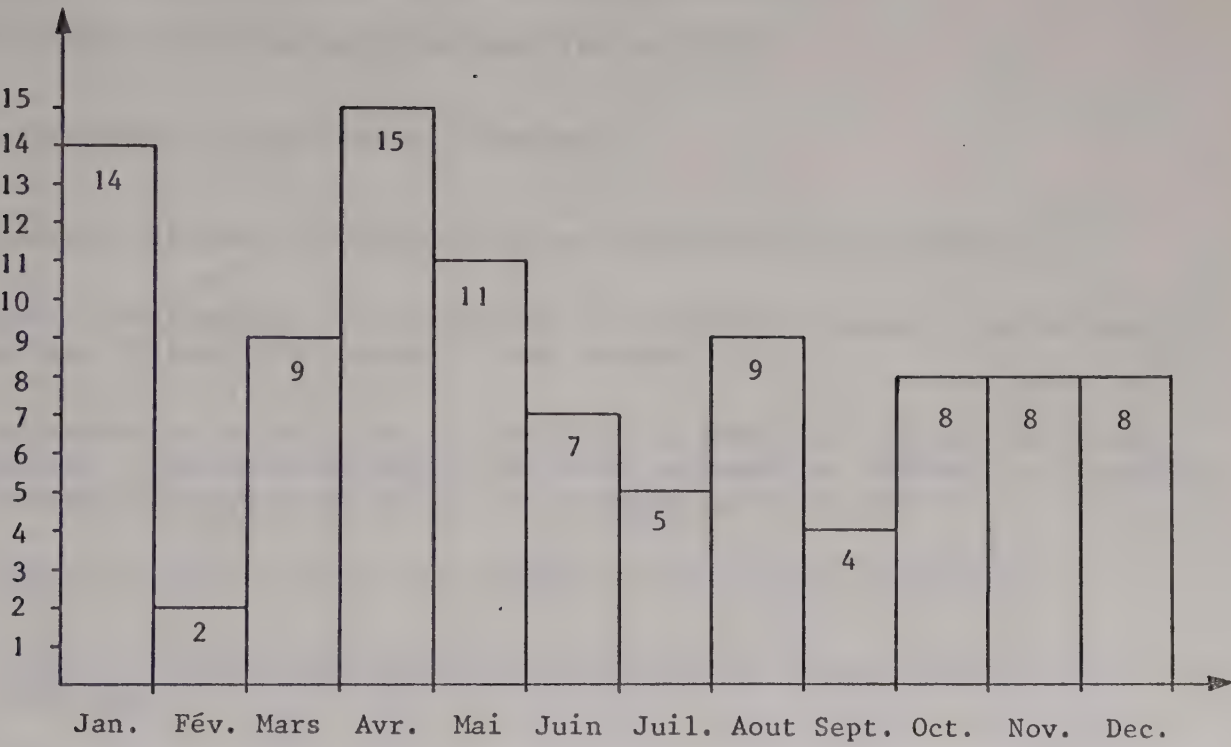


TABLEAU II



Il faut noter que, 28 fois, il n'existait aucun antécédent digestif.

L'étude des autres antécédents (tableau IV) permet de retenir, d'une part la grande fréquence d'absence d'association pathologique (37 %) et d'autre part la prédominance lorsque cette pathologie associée existe:

- des affections cardio-vasculaires (27 fois),
- et des affections rhumatismales (20 fois).

Enfin, l'existence d'un éthylisme chronique, sans complication hépatique, a été notée 9 fois, chez des sujets masculins. Si nous ajoutons les 20 cas déjà signalés de sclérose hépatique d'origine éthylique, nous obtenons un total de 29 cas d'éthylisme. Cette constatation coïncide avec les travaux de M. LEVRAT et F. MARTIN prouvant le rôle de l'agression éthylique dans les gastrites (1969).

B - LE MODE DE REVELATION DE L'HEMORRAGIE

Il s'agissait:

- soit d'une hématomèse (51 %),
- soit d'un méloena (40 %),
- soit d'un simple vomissement hémorragique isolé (3 %),
- soit enfin d'une anémie hypochrome isolée (6 %).

C - LES ELEMENTS DE GRAVITE DE L'HEMORRAGIE

Les données cliniques et biologiques sont exprimées par le tableau V.

Dans deux observations, l'intervention chirurgicale d'urgence a été nécessaire alors que, 24 fois, l'hémorragie s'est renouvelée.

La détermination du caractère de gravité d'une hémorragie est artificielle; cependant, nous avons utilisé les critères proposés par EDELMAN, qui considère une hémorragie comme grave si un des éléments suivants existe:

- chute de tension artérielle maxima de plus de 40 mm de mercure;
- signes d'anémie aiguë (numération des globules rouges inférieure à 2,5 millions);
- nécessité de transfuser plus de 2 litres de sang pour restaurer l'état hémodynamique et hématologique.

TABLEAU III - ANTECEDENTS DIGESTIFS CONNUS

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Aucun	14	14	28
Ulcère gastro-duodénal	17	1	18
Cirrhose hépatique	16	4	20
Hémorragie digestive	1	0	1
Syndrome douloureux épigastrique	8	9	17
Hernie hiatale	0	4	4
Syndrome de reflux sans hernie hiatale connue	2	0	2
Lithiase biliaire	2	2	4
Affections coliques	2	2	4
Anorexie isolée	0	1	1
Antécédents complexes (lithiase vésiculaire + ulcère gastrique + adénopathie tuberculeuse pancréatique)	1	0	1

TABEAU IV - Pathologie extra-digestive associée

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Aucune	28	9	37
Hypertension artérielle	1	3	4
Autres affections cardiaques et vasculaires	8	4	12
Affections rhumatismales	4	11	15
Pneumopathie	5	1	6
Insuffisance rénale	2	1	3
Leucoses	1	0	1
Diabète	0	2	2
Ethylisme chronique (non compliqué de cirrhose)	9	0	9
Associations pathologiques, soit:	5	6	11
artérite + arthrose	1	1	2
HTA + arthrose	0	2	2
HTA + silicose	1	0	1
HTA + diabète	1	2	3
HTA + éthylisme + azotémie	1	0	1
HTA + thyroïdite	0	1	1
Insuffisance cardiaque + goutte	1	0	1

A l'aide de ces critères, nous avons retenu 51 dossiers d'hémorragies sévères, qui comprenaient trois quarts de sujets masculins.

14 cas, soit 27 % de ces hémorragies sévères, correspondaient à une hémorragie récidivante.

TABLEAU V - Eléments de gravité

Variation de TA systolique

pas de variation	68 cas
Variation de moins de 40 mm Hg	23 cas
Variation avec chute de TA de plus de 40 mm	9 cas

Numération globulaire en période hémorragique

Plus de 4 millions GR	7 cas
3 à 4 millions GR	38 cas
2,5 à 3 millions GR	21 cas
Moins de 2,5 millions GR	34 cas

Volume des transfusions nécessaires

Pas de transfusion	24 cas
Moins de 1000 cc	14 cas
1000 à 2000 cc	22 cas
2000 à 3000 cc	31 cas
3000 à 5000 cc	8 cas
Plus de 5000 cc	1 cas.

D - LES PRODUITS UTILISES AVANT L'HEMORRAGIE (TABLEAU VI)

- L'aspirine, utilisée isolément ou associée à d'autres produits, a été retrouvée 77 fois et domine donc très largement la fréquence de toutes les autres médications.

L'usage universel de l'acide acétyl salicylique sous toutes ses formes est certainement un des éléments permettant d'expliquer cette grande fréquence, et son action agressive sur la muqueuse digestive a été démontrée maintes fois expérimentalement (LEVRAT - LAMBERT, STUHLE, PIERSON).

- Les anti-coagulants viennent au deuxième rang, avec 11 cas, dont 1 cas de traitement héparinique.
- Les dérivés de la cortisone ont été incriminés 4 fois, dont deux sous forme injectable et deux sous forme orale.
- Les antirhumatismaux et antiinflammatoires non corticoïdes étaient en cause 11 fois.
- Les antalgiques purs, type phénacétine, paracétamol et glafénine semblent pouvoir être innocentés puisque, bien que retrouvés 7 fois, ils n'étaient jamais utilisés en monothérapie, mais associés chaque fois à l'aspirine.
- Diverses associations agressive ont été utilisées 13 fois.

E - LES CIRCONSTANCES DE LA PRISE DE LA MEDICATION AGRESSIVE

- Dans 61 cas, la prise médicamenteuse était habituelle. Mais ce mode d'utilisation ne semble pas en relation étroite avec la gravité de l'hémorragie (tableau 7). Il existe, en effet, des proportions assez proches d'hémorragies sévères et d'hémorragies non alarmantes dans le cas de prise habituelle et dans le cas de prise occasionnelle.
- La justification du traitement a été étudiée par l'interrogatoire des malades ou de leur famille, et nous l'avons exprimée à l'aide du tableau VIII:
 - . les affections rhumatismales, les céphalées et les affections nécessitant un traitement anticoagulant représentent l'essentiel des traitements habituels avec 48 cas sur 61 (78 %), alors que les céphalées et les états grippaux avaient justifié 58 % (23 cas) des traitements occasionnels.
 - . Il faut noter, de plus, la fréquence alarmante des accidents hémorragiques au cours de traitements peu ou pas justifiés, en particulier avec l'aspirine (6 fois sans cause précise, une fois à titre de produit à visée "dopante").
 - . Signalons, enfin, que 6 fois l'aspirine était le traitement habituel de douleurs d'allure ulcéreuse.

TABLEAU VI - MÉDICATIONS AGRESSIVES CONSIDÉREES COMME
RESPONSABLES DE L'HEMORRAGIE

Médicament en cause

<u>Aspirine</u>	utilisée isolément : aspirine simple :	41 cas	}	77 cas
(66 cas)	aspirine effervescente, ou tamponnée ou micronisée	25 cas		
	associations : aspirine + phénacétine	6 cas		
(11 cas)	aspirine + paracétanol	1 cas		
	aspirine + anti-inflammatoires:			
	Soripal	1 cas		
	Nifluril	1 cas		
	Indocid	1 cas		
	aspirine + réserpine	1 cas		
<u>Corticoïdes:</u>	administration buccale	2 cas	}	4 cas
	administration parentérale	2 cas		
<u>Anticoagulants :</u>	antivitamine K	10 cas	}	11 cas
	héparine	1 cas		
<u>Antiinflammatoires</u>	Tandéril	2 cas	}	7 cas
	Indocid	3 cas		
	Association Carudol-Soripal	2 cas		
<u>Réserpine</u>		1 cas		

TABLEAU VII - CIRCONSTANCES DE LA PRISE MEDICAMENTEUSE

	Hémorragies sévères	Hémorragies moins alarmantes	TOTAL
Prise habituelle	31	30	61
prise occasionnelle	20	19	39
Total	51	49	100

TABLEAU VIII - MOTIVATION DU TRAITEMENT AGRESSIF

	Traitement habituel (61)	Traitement occasionnel (39)
Affection rhumatismale	→ 28	→ 3
Céphalées	→ 10	→ 14
Traitement anti-coagulant	→ 10	
Traitement hypotenseur	→ 1	
Douleurs abdominales	→ 6	
Affection hématologique	→ 1	
Cirrhose hépatique	→ 1	
Douleur post-opératoire	→ 1	→ 1
Névralgie dentaire		→ 2
Névralgie faciale		→ 1
Douleur traumatique		→ 1
Etat grippal		→ 9
Asthénie		→ 1
Fièvre		→ 1
Précordialgies		→ 1
Indigestion		→ 1
Aucune raison médicale	→ 3	→ 3
Asthme		→ 1

III - RESULTATS ET COMMENTAIRES

A - DETECTION DU CARACTERE HEMORRAGIQUE DES LESIONS

1 - Circonstances de l'examen par rapport à l'hémorragie

Dans 37 cas, l'examen fibroscopique a été pratiqué dans les 24 premières heures après l'hémorragie;

dans 26 cas, l'examen a été pratiqué entre la 24ème et la 48ème heure,

enfin, dans 37 cas, l'examen a été pratiqué plus tardivement, au-delà de la 48ème heure.

2 - Le caractère hémorragique des lésions

- Le tableau IX permet de faire le bilan suivant:

dans 54 %, des signes en faveur d'une lésion hémorragique récente sont notés;

dans 39 % des cas, découverte d'une lésion à potentialité hémorragique,

dans 7 % des cas, l'examen est négatif.

- La fréquence de découverte de signes d'hémorragie récente décroît avec l'augmentation du délai de l'examen par rapport à l'hémorragie, ce qui confirme l'intérêt de la précocité de l'examen fibroscopique.

- Les examens négatifs se décomposent ainsi:

- . l'examen précoce négatif représente un échec technique, l'hémorragie étant liée à un ulcère du bulbe duodénal découvert opératoirement, alors que le pylore n'avait pu être franchi par le fibroscope;

- . 6 examens négatifs après la 48ème heure, qui correspondent à un examen pratiqué chez une malade porteuse d'une anémie hypochrome au cours d'un traitement anticoagulant (1 cas) et à 5 examens très tardifs (plus de 15 jours après l'hémorragie).

- Il faut noter, enfin, qu'au cours des 18 examens pratiqués en période hémorragique, l'endoscopiste a opéré dans des conditions de visibilité souvent imparfaites, du fait de la présence de sang, et que, dans 3 cas, seul un diagnostic approximatif de possibilité d'une lésion a été proposé. Ces trois cas correspondaient à une hémorragie bulbaire (2 cas) et à un caillot adhérent du bulbe (1 cas), cachant une ulcération.

B - LES LÉSIONS DÉCOUVERTES LORS DE L'EXAMEN FIBROSCOPIQUE

- Le tableau X rappelle quelques-uns des travaux précédents où les auteurs ont étudié la responsabilité des différentes lésions oesogastroduodénales dans les hémorragies digestives.
- Les tableaux suivants exposent les résultats fournis par l'étude de 100 dossiers qui font l'objet de ce travail.

1 - Considérations diverses

a) L'étude de ces résultats permet de constater la grande fréquence de l'ulcère gastroduodénal, sur laquelle avaient longuement insisté LEVRAT M. et LAMBERT R. en particulier, alors que d'autres auteurs (FROJET, MINICONI- ne lui attribuent pas une telle importance.

En effet, dans notre série de malades, l'ulcère gastrique, unique ou multiple, a été retrouvé:

22 fois isolément,

5 fois associé à une autre lésion oesogastroduodénale

et l'ulcère duodénal a été noté:

7 fois isolément,

7 fois associé,

ce qui nous permet de totaliser 43 cas d'ulcère gastroduodénal, dont 27 localisations gastriques.

Nous devons noter que sur ces 43 malades, 14 seulement étaient porteurs d'une localisation ulcéreuse antérieurement connue, ce qui peut faire envisager deux hypothèses pathogéniques essentielles expliquant les 28 autres cas:

- . soit la genèse d'un ulcère médicamenteux véritable sous l'action directe, locale ou générale, de la médication agressive, possibilité prouvée par les travaux d'auteurs tels que LEVRAT M. et LAMBERT R., ROTH,
- . soit révélation, par l'agression médicamenteuse, d'un ulcère jusque là méconnu, probablement par l'intermédiaire de la création d'une gastrite périulcéreuse, avec troubles vasculaires locaux et hémorragie transitoire (R. CHELI - C. CARLI - G. CIANCAMERLA).

TABLEAU IX - DECOUVERTE DE LA LESION HEMORRAGIQUE

	Avant la 24° h.	24 à 48° h.	Après 48° h.
Saignement en cours	12	5	1
Saignement récent	14	12	10
Lésion à potentialité hémorragique	10	9	20
Examen négatif (absence de lésion susceptible de saigner)	1	0	6

TABLEAU X -

	BREUIL 1972	DEBRAY 1972	BIGARD 1973	FROGET 1972	NOTRE ETUDE
Ulcère	45	45	423	7	43
Gastrite	89	31	116	19	27
Varices	15	47	204	1	5
Autres diagnostics	46	17	135	9	18
Examen négatif	5	10	22	17	7
Nombre de cas	200	150	900	53	100

TABLEAU XI - LESIONS DECOUVERTES A L'ENDOSCOPIE

	Examen avant 48° heure	Examen après 48° heure	Total
<u>Ulcère gastroduodénal</u>			
ulcère gastrique	14	8	22
ulcère duodénal	4	3	7
ulcère duodénal + gastrique	1		1
ulcère peptique	1	1	2
<u>Gastroduodénite sans ulcère</u>			
gastrite ulcérée	4	2	6
gastrite hémorragique	7	4	11
duodénite	3	2	5
<u>Hernies hiatales</u>			
oesophagite	3	3	6
gastrite herniaire	2		2
ulcère du collet	2	1	3
<u>Varices oesophagiennes</u>	1	2	3
<u>Autres lésions</u>			
Mallory Weiss	2		2
Tumeur bénigne		1	1
Tumeur maligne	1	2	3
<u>Lésions multiples</u> (cf tableau suivant)	17	2	19
Examen négatif	1	6	7
Total	63	37	100

TABLEAU XII - LESIONS MULTIPLES DECOUVERTES, ASSOCIEES A LA
 LESION PRINCIPALE RESPONSABLE

	Avant 48° h.	Après 48° h.	Total
<u>Ulcère gastrique (4)</u>			
+ oesophagite	1		1
+ duodénite + hernie hiatale	1		1
+ varices	2		2
<u>Ulcère du bulbe duodénal (7)</u>			
+ gastrite érosive et hémorragique	2		2
+ varices + gastrite érosive	3		3
+ oesophagite + ulcère du collet	1		1
+ gastrite hémorragique + tumeur bénigne estomac + hernie hiatale		1	1
<u>Gastrite hémorragique (5)</u>			
+ varices	3		3
+ oesophagite + varices	1	1	2
<u>Gastrite herniaire (1)</u>			
+ Tumeur bénigne de l'oesophage	1		1
<u>Varices oesophagiennes (2)</u>			
+ gastrite érosive	1		1
+ bulbite + hernie hiatale	1		1
			19

TABLEAU XIII - MEDICATIONS AGRESSIVES ET LESIONS OBSERVEES

Lésion considérée certainement ou probablement res- ponsable	Aspirine (A)	Corticoïde (C)	anti- inflam- matoire (AI)	Antico- agulant (AC)	Résérpine R	Associations AI+A A+R
ulcère gastrique	18	1	2	3		2
ulcère peptique	2					
ulcère duodénal	8	2	3	2		
gastrite hépatique ou ulcérée	15		1	4		1
duodénite	7					
varices oeso- phagiennes	4		1			
oesophagite	5			1		
ulcère ou gastrite herniaire	2					
ulcère du collet	2					1
Mallory Weiss	1	1				
Tumeur bénigne G	1					
Tumeur maligne G	2			1		
Examen ⊖	6				1	
	73	4	7	11	1	3 1

b) Nous pouvons également signaler la grande importance du terrain cirrhotique, retrouvé 20 fois. Des varices oesophagiennes ont été découvertes 12 fois, mais elles n'étaient isolées et cause de l'hémorragie que 5 fois, alors que, à sept reprises, elles étaient associées à une autre lésion, responsable de l'hémorragie:

ulcère gastrique: 1 cas,

ulcère duodénal : 1 cas,

gastrite ou duodénite : 5 cas.

Dans les 8 autres dossiers de malades cirrhotiques, non porteurs de signes endoscopiques d'hypertension portale, la cause de l'hémorragie était:

une fois, un ulcère gastrique,

deux fois, un ulcère duodénal,

cinq fois, une gastrite ou une duodénite.

Sur un total de 20 cas de terrain cirrhotique certain, l'hémorragie à provocation médicamenteuse avait pour cause:

1'ulcère gastrique, 2 fois,

1'ulcère duodénal, 3 fois,

des varices hémorragiques: 5 fois,

une gastrite ou une duodénite, 10 fois.

L'importance du terrain cirrhotique a été mise en évidence par les précédentes études, et en particulier celle de J. FAIVRE, qui explique en partie l'importance de l'agression salicylée sur ce terrain par la lenteur de dégradation et d'élimination du produit nocif, liée à une insuffisance enzymatique.

c) La recherche d'une éventuelle corrélation entre le type de médication agressive et le type de lésion retrouvée semble vaine (tableau XI). De toute façon, l'aspirine, qui était en cause, isolée ou associée, 73 fois, n'est pas génératrice de lésion spécifique (FAIVRE), et il serait hasardeux de rechercher, sur les 27 cas restants, une correspondance précise.

En particulier, la part d'hémorragie ulcéreuse, qui est de 43 sur l'ensemble de l'étude, est de 28 sur l'ensemble des consommateurs d'aspirine, soit 38 %, ce qui ne représente pas une différence significative.

Toutefois, les anti-inflammatoires et les corticoïdes semblent avoir provoqué plus souvent que les autres produits des lésions ulcéreuses; dans

notre étude:

- 5 fois sur 7 dans le cas des antiinflammatoires,
- 3 fois sur 4 dans le cas des corticoïdes.

Toutefois, le nombre de cas est insuffisant pour qu'une conclusion puisse être formelle.

d) La fréquence de lésions multiples associées est bien connue (ETAIX-FRAISSE; FAIVRE; MINICONI).

Dans notre série, elles ont été retrouvées 19 fois, dont 14 fois au cours d'hémorragies considérées comme graves.

Surtout, il faut noter que ces lésions multiples ont été découvertes dans 17 cas sur 19 lors d'un examen précoce, avant la 48ème heure, ce qui tendrait à vérifier l'hypothèse des auteurs précédents de la rétrocession rapide de certaines lésions médicamenteuses; d'où l'intérêt majeur de la précocité de l'examen endoscopique lors du bilan de ces hémorragies.

L'étude de ces associations montre que 16 fois, associées à des lésions chroniques diverses, existaient des lésions inflammatoires (oesophagite, gastrite ou duodénite) participant souvent au saignement, comme l'ont démontré R. CHELI, C. CARLI et G. CIANCAMERLA. Ces lésions, dont le support histologique est le plus souvent un trouble vasculaire, régressent très rapidement, ce qui suggère l'hypothèse d'une sous-estimation des lésions inflammatoires au cours du bilan fibroscopique qui ne peut être pratiqué toujours très précocement.

2 - Les lésions détectées

a) l'ulcère gastroduodénal

Comme nous l'avons signalé plus haut, une grande fréquence de l'ulcère gastroduodénal, notée par différents auteurs, a été retrouvée au cours de cette étude:

43 fois, dont 27 localisations gastriques.

b) Les lésions inflammatoires gastroduodénales

sont retrouvées fréquemment, puisque nous en avons 35 cas, dont 27 responsables de l'hémorragie:

gastrite hémorragique: 22 fois
ou érosive

duodénite hémorragique: 5 fois.

TABLEAU XIV - LESIONS RESPONSABLES DE L'HEMORRAGIE

<u>Ulcère gastroduodénal</u>	:	43 %
dont ulcère gastrique	:	27 %
ulcère duodénal	:	14 %
ulcère peptique	:	2 %
 Gastroduodénites sans ulcère	:	27 %
dont gastrite ulcérée	:	6 %
gastrite hémorragique	:	16 %
duodénite	:	5 %
 <u>Hernies hiatales</u>	:	12 %
dont oesophagites	:	6 %
ulcère du collet	:	3 %
gastrite herniaire	:	3 %
 <u>Varices oesophagiennes</u>	:	5 %
 <u>Autres lésions</u>	:	6 %
Mallory Weiss	:	2 %
Tumeur bénigne	:	1 %
Tumeur maligne	:	3 %
 <u>Examen négatif</u>	:	7 %

c) Les lésions hiatales

- Les hernies hiatales sans complications à potentialité hémorragique ont été retrouvées isolément , à 3 reprises, au cours d'examens pratiqués tardivement et considérés comme négatifs puisqu'ils ne mettaient pas en évidence de lésion expliquant l'hémorragie.
- Les complications des hernies hiatales, lésions à potentialité hémorragique, ont été découvertes à 15 reprises. Elles ont été considérées 12 fois comme responsables de l'hémorragie, et se répartissent ainsi:

oesophagite: 6 cas

gastrite herniaire: 3 cas,

ulcère du collet: 3 cas.

Le total de l'ensemble des lésions oesogastroduodénales de nature inflammatoire représente dont 36 pour 100 des causes d'hémorragie à provocation médicamenteuse:

gastrite: 22 %;

duodénite : 5 %,

oesophagite et gastrite herniaire: 9 %.

d) L'ulcère récidivant post-opératoire, ou ulcère peptique a été découvert à deux reprises.

e) Les varices oesophagiennes ont été découvertes 13 fois. Elles n'étaient que 5 fois responsables de l'hémorragie, bien que cette étude comprenne 20 dossiers de cirrhotiques.

f) Les autres lésions, plus rares:

- Tumeurs gastriques:

2 cas de tumeurs bénignes, dont une était responsable de l'hémorragie,

4 cas de tumeurs malignes, isolés et hémorragiques.

- Tumeur: bénigne de l'oesophage:

1 cas, non responsable de l'hémorragie, qui était liée à une gastrite hémorragique.

- Syndrome de MALLORY WEISS:

2 cas, où cette lésion était responsable de l'hémorragie.

g) L'examen a été négatif 7 fois,

dont 6 fois lors d'une fibroscopie pratiquée tardivement.

- oOo -

III - INTERET DIAGNOSTIQUE DE LA FIBROSCOPIE PAR VOIE HAUTE

A - *Il s'agit avant tout d'évaluer les possibilités de cette méthode par rapport à la méthode concurrente: la radiologie gastro-duodénale (Tableau XV)*

L'étude que nous avons faite concerne 87 des dossiers examinés: pour ces malades, avait pu être pratiqué à la fois un bilan radiologique et endoscopique. Ces résultats concordent avec ceux des études précédentes (FROGET ; FAIVRE, 1973).

1 - La radiologie seule ne peut jamais fournir un diagnostic correct dans les états inflammatoires gastroduodénaux, qui correspondent à des lésions trop superficielles pour être mises en évidence avec une sécurité suffisante par l'imprégnation barytée.

2 - Dans le cas des varices oesophagiennes, la fibroscopie permettait chaque fois le diagnostic (5 fois), alors que la radiographie n'évoquait le diagnostic que deux fois seulement.

3 - Les hernies hiatales ont été détectées de façon indifférente par les deux méthodes; par contre, les hernies hiatales compliquées d'oesophagite, de gastrite herniaire, ou même d'ulcère du collet, ont vu la suprématie de la méthode endoscopique, qui a permis le diagnostic des lésions, alors que la radiologie était en défaut.

4 - Les tumeurs, bénignes et malignes, ont été détectées parallèlement par les deux méthodes, mais la fibroscopie a cependant seule permis d'étudier la possibilité d'une lésion hémorragique associée.

5 - L'ulcère, en particulier duodénal, a été 3 fois responsable d'échecs de la méthode endoscopique.

Cependant, malgré un échec relatif, la fibroscopie a toujours été supérieure à la radiologie avec:

31 diagnostics sur 34 (91 %),

alors que la radiologie apportait 22 fois le diagnostic sur 34 cas (64 %).

L'association des deux méthodes a permis le diagnostic 33 fois sur 34 (97 %).

Il convient d'analyser ces échecs:

- deux fois, la radiographie a permis le diagnostic d'ulcère du bulbe duodénal, alors que la fibroscopie était en échec (franchissement impossible du pylore);

- une fois, les deux méthodes ont été en échec: il s'agissait d'un malade porteur d'un ulcère du bulbe duodénal de découverte opératoire;
- onze fois, la fibroscopie permettait le diagnostic, alors que la radiologie était en échec; les localisations ulcéreuses étaient les suivantes:

ulcère de la petite courbure verticale	: 1 cas
ulcère pylorique	: 1 cas
ulcère de la face postérieure de l'estomac	: 4 cas
ulcère de l'angulus	: 3 cas
ulcère du bulbe duodénal	: 1 cas.

B - Avantages techniques de la fibroscopie oesogastroduodénale

1 - La mise en oeuvre de l'examen est assez simple: puisque celui-ci peut être réalisé au lit du malade, nécessitant simplement un matériel d'aspiration, éventuellement portable, et un branchement électrique. Le matériel utilisé est relativement léger, et peut être transporté par le seul opérateur.

Le malade doit être à jeun, sans avoir fumé, et l'examen sera, bien sûr, d'autant plus aisé que la coopération du malade est plus grande.

Une prémédication peut être utilisée, mais devra toujours être prudente et adaptée à chaque cas.

Elle peut comporter, par exemple, l'association par voie parentérale de:

un anxiolytique (par exemple Tranxène 20 mm,

un atropinique (par exemple 1/4 de mmg d'atropine),

et éventuellement un antiémétique (par exemple Vogalène ou primpéran) qui aurait l'intérêt d'éviter les régurgitations de sang dans l'arbre bronchique).

Parfois, en raison des conditions générales défavorables, aucune prémédication n'a été utilisée ce qui, sans empêcher l'examen, peut perturber son déroulement (par exemple, agitation du malade).

Une anesthésie locale du pharynx et de la bouche oesophagienne est réalisée par la prise buccale d'un anesthésique tel que la Tétracaïne en pastilles ou la Xylocaïne en gel visqueux, ou par la pulvérisation locale de Xylocaïne à 2 %. Si une sonde d'aspiration gastrique a été placée, celle-ci n'est pas

TABLEAU XV - ETUDE PARALLELE RADIOLOGIQUE ET ENDOSCOPIQUE

	Diagnostic par Radiographie et Endoscopie	Diagnostic par Radiographie seule	Diagnostic par Endoscopie seule	Diagnos- tic impos- sible
Varices oesophagiennes	2 cas	0	3	
Complications des hernies hiatales	0		10	
Tumeurs	4		1	
Ulcères gastro- duodénaux	20	2	11	1
Ulcères récidivants post-opératoires	3			
TOTAL	29	2	25	1

une gêne à la fibroscopie et permet au contraire, parfois, de guider la progression de l'appareil.

Pour cette série, le lavage gastrique préalable n'a pas été pratiqué.

2 - Le caractère anodin de l'examen permet d'utiliser celui-ci pour pratiquement tous les malades: en particulier, l'âge n'est pas une contre-indication et, dans la série étudiée, 7 malades étaient âgés de plus de 80 ans et 21 malades étaient porteurs d'une affection cardio-vasculaire antérieure.

Cependant, quelques accidents syncopaux ayant été décrits, quoique rarissimes, une certaine prudence est nécessaire, et la présence d'un matériel de réanimation élémentaire est à conseiller.

D'autre part, la bénignité de l'examen permet la réalisation de contrôles successifs, soit devant la survenue d'une reprise hémorragique, soit afin de surveiller l'évolution des lésions.

3 - La méthode permet d'accéder à certaines zones difficiles à explorer par la radiologie: en particulier, le tableau XII exprime les échecs de la radiologie de l'ulcère, alors que la fibroscopie permettait le diagnostic précis: les localisations ulcéreuses étaient situées 4 fois sur la face postérieure et 3 fois sur la région angulaire.

4 - Enfin, la méthode endoscopique est essentielle lors de la coexistence de plusieurs lésions à potentialité hémorragique, seul l'examen fibroscopique en période hémorragique permettant le diagnostic certain de la lésion causale.

IV - INTERET PRONOSTIQUE DE LA FIBROSCOPIE DIGESTIVE PAR VOIE HAUTE

1 - La détermination du caractère hémorragique des lésions (Tableau IX)

Des signes locaux d'hémorragie ont été découverts d'autant plus fréquemment par l'endoscopiste que l'examen a été pratiqué plus précocément:

- 26 fois sur 38 lors d'un examen précoce, avant la 14ème heure;
- 17 fois sur 26 lors d'un examen pratiqué entre la 24ème et la 48ème heure;
- 11 fois sur 37 lors d'un examen plus tardif.

Cette notion essentielle de persistance de l'hémorragie lors de l'examen a pu guider la conduite thérapeutique, en particulier lorsqu'une intervention d'urgence a été nécessaire (4 cas , correspondant à:

- un syndrome de Mallory Weiss,
- un ulcère du collet de hernie hiatale,
- un ulcère duodénal,
- un néoplasme gastrique hémorragique).

L'évolution clinique du malade a cependant été favorable, avec un simple traitement médical dans 74 cas, alors que 16 malades ont dû subir secondairement, après arrêt de l'hémorragie, une thérapeutique chirurgicale.

Enfin, 6 décès ont été observés. Ils sont chaque fois survenus chez des malades cirrhotiques graves, soit par persistance de l'hémorragie alors que la chirurgie était impossible en raison de conditions générales incompatibles avec celle-ci, soit par apparition de complications hyperammonémiques.

2 - La répétition des examens a permis d'étudier 35 fois l'évolution des lésions responsables de l'hémorragie. Cette répétition n'a malheureusement pas été systématique, et plutôt réservée aux sujets qui nécessitaient une surveillance, soit en raison d'une arrière pensée au sujet de l'opportunité d'un traitement chirurgical secondaire, soit en raison de la persistance de troubles cliniques.

Les conditions de réalisation de ce contrôle lui ôtent toute valeur statistique formelle. Cependant, nous notons que la persistance des lésions a été notée le plus souvent dans l'ulcère gastroduodénal (11 fois sur 20), alors que les lésions inflammatoires gastroduodénales et les complications des hernies hiatales étaient guéries 14 fois sur 15, ce qui représente un argument en faveur d'une régression rapide de ce dernier type de lésion après arrêt de l'agression médicamenteuse.

TABLEAU XVI - EVOLUTION CLINIQUE

Hémorragies ayant guéri avec le traitement médical seul	74
Hémorragies à évolution mortelle	6
Hémorragies ayant nécessité une chirurgie d'urgence	4
Hémorragies traitées chirurgicalement après arrêt du saignement	16

TABLEAU XVII - EVOLUTION ENDOSCOPIQUE de la lésion responsable de l'hémorragie (35 cas).

Date du 2ème contrôle	10ème au 20ème jour	20° au 30°	après 30°	Total
ulcère gastrique	nb de cas: 5 guérison 2	nb de cas 8 guérison 6	nb cas: 1 guérison 0	14 8
ulcère duodénal	nb de cas: 3 guérison : 1	nb cas: 3 guérison 0		6 1
gastrite et duodénites	nb de cas: 2 guérison: 1	Nb cas: 7 guérison 7		9 8
hernies hiatales compliquées	nb de cas: 5 guérison: 5	nb cas: 1 guérison: 1		6 6

V - LIMITES DE LA FIBROSCOPIE DIGESTIVE PAR VOIE HAUTE

1 - Les échecs totaux de l'endoscopie

Sur la plupart des séries d'endoscopie oesogastroduodénale, nous retrouvons de 0,5 à 1 % de sujets chez qui le franchissement de la bouche oesophagienne est impossible en raison d'anomalies morphologiques, de réflexes nauséux incontrôlables, et de réflexes d'hypertonie vagale, nécessitant l'arrêt de l'examen.

Une prémédication antiémétisante et tranquillisante peut diminuer cette fraction de malades, mais il existe malgré tout, quelle que soit la patience de l'endoscopiste, de tels échecs.

2 - L'examen endoscopique en période hémorragique, qui est le moment où il donnerait le meilleur renseignement diagnostique, est parfois très difficile.

Le malade est souvent anxieux et ne peut apporter la coopération souhaitée par l'opérateur; il peut exister un état de choc ou des troubles cardiorespiratoires rendant l'examen immédiat dangereux, et nécessitant une réanimation intensive préalable à toute tentative d'examen fibroscopique.

Enfin, le malade réanimé est parfois porteur d'une sonde d'intubation trachéale qui rend très délicat et souvent même impossible le franchissement de la bouche oesophagienne.

Les conditions techniques de l'examen sont très variables:

a) soit l'examen donne lieu à une agréable surprise: l'endoscopiste découvre une cavité gastroduodénale où il n'y a presque plus de sang: dans ce cas, l'examen est facile, puisque réalisé dans les mêmes conditions qu'un examen programmé.

b) soit, au contraire, l'estomac est plein de sang et de caillots, ceci créant le maximum de difficultés.

Le sang liquide peut être aspiré par contre, les caillots salissent ou obstruent l'objectif. Il convient alors de laver en utilisant, non seulement le dispositif de lavage de l'objectif, mais aussi, soit la sonde d'aspiration si elle a été laissée en place, soit un catéter introduit par l'orifice biopsique.

Enfin, l'on peut mobiliser doucement le malade afin de déplacer le contenu gastrique.

c) L'échec total, c'est-à-dire l'impossibilité d'examen, par visibilité nulle, est rare.

Cependant, l'examen risque d'être incomplet:

- la grosse tubérosité peut être mal vue lorsqu'elle est encombrée de caillots;
- les biopsies peuvent être rendues impossibles, rendant le diagnostic plus imprécis;
- l'examen peut être entaché d'erreur par excès : par exemple, un caillot peut être parfois interprété comme une tumeur ou une lésion érosive traumatique liée à la sonde d'aspiration ou au fibroscope peut être considérée à tort comme la cause de l'hémorragie. Cependant, cette part d'erreur diminue avec l'entraînement de l'endoscopiste, et de telles erreurs par excès n'ont pas été faites dans la série étudiée.

L'idéal serait, bien sûr, d'utiliser successivement un axoscope puis un latéroscope qui permettrait de compléter l'examen; cliniquement, en effet, l'axoscope, seul utilisable d'emblée en période hémorragique, puisqu'il permet seul les visualisations de l'oesophage, ne permet pas, par contre, une bonne étude de la région angulaire. En fait ce double examen, difficile à réaliser en pratique, peut être évité lorsque l'expérience de l'opérateur est suffisante, grâce à des artifices techniques, tels que, par exemple, la rétrovision antérieure.

3 - Enfin, la littérature signale la possibilité d'accidents liés à l'endoscopie, en particulier lorsqu'elle est réalisée en période hémorragique, qui sont représentés par:

l'inondation bronchique par les régurgitations de sang,
et par la syncope cardiaque.

Cependant, ces accidents sont rares, et ne suffisent pas à faire discuter l'opportunité d'une fibrose digestive devant la survenue des hémorragies digestives.

Nous n'avons d'ailleurs pas eu à déplorer, au cours de cette série, la survenue de tels accidents.

C O N C L U S I O N S

L'étude de 100 cas d'hémorragie digestive à provocation médicamenteuse appelle les remarques suivantes :

Ces hémorragies sont très généralement observées chez des sujets de plus de 40 ans (90 % des cas).

Jusqu'à l'âge de 60 ans, la proportion d'hommes par rapport aux femmes est nettement plus élevée : 37 hommes contre 11 femmes.

La fréquence mensuelle objective une nette prédominance pour les mois de janvier, avril et mai.

L'éthylisme paraît jouer un rôle favorisant très important puisqu'il est retrouvé dans près de 1/3 des cas (29 %) ; le terrain cirrhotique étant en particulier à souligner (20 %).

Des antécédents ulcéreux précis sont notés dans 18 % des cas.

L'extériorisation de l'hémorragie se fait dans une proportion légèrement supérieure sous forme d'hématémèse (54 %) que sous forme de méloena (40 %) ; dans 6 % des cas, il s'agissait enfin d'anémie par spoliation.

En adoptant les critères classiques de gravité des hémorragies digestives : 51 % de nos hémorragies entraient dans le groupe des hémorragies graves.

La médication causale essentielle est représentée par l'ASPIRINE (77 % des cas).

Viennent ensuite les anti-inflammatoires (7 %), les anti-coagulants (11 %) et les cortisoniques (4 %) ; ceci compte tenu des associations thérapeutiques possibles.

La notion de prise médicamenteuse habituelle est retrouvée dans 61 % des cas ; celle de prise occasionnelle dans 39 %.

Une proportion identique d'hémorragies graves et d'hémorragies plus bénignes est notée dans les cas de prise habituelle et dans ceux de prise occasionnelle.

L'examen endoscopique a décelé dans 54 % des cas une lésion hémorragique et dans 39 % des cas une lésion à potentialité hémorragique. Il n'a donc été en échec que dans 7 % des cas. De ce point de vue, l'importance de la précocité de l'examen dans les 24 premières heures est à souligner.

En ce qui concerne la nature des lésions endoscopiques considérées comme responsables : l'ULCERE GASTRO-DUODENAL occupe la première place : 43 % des cas, avec prédominance de l'ulcère gastrique (27 %) sur l'ulcère duodénal (14 %) et 2 cas d'ulcère peptique.

La maladie ulcéreuse était antérieurement connue dans 18 % des cas.

Les GASTRO-DUODENITES représentent une condition étiologique fréquente (27 %).

La HERNIE HIATALE vient en 3ème place avec un pourcentage de 12 % se répartissant en :

- oesophagite 6 %
- ulcère du collet 3 %
- gastrite herniaire 3 %

Les VARICES OESOPHAGIENNES présentes dans 12 % des cas ne furent tenues pour responsables que pour 5 %.

Enfin viennent les causes rares :

- tumeurs gastriques, bénignes ou malignes 4 %
- Mallory Weiss 2 %

La fréquence des associations lésionnelles est enfin à souligner (19 %).

L'évolution de ces hémorragies à provocation médicamenteuse peut être ainsi résumée :

- Hémorragies ayant guéri par le traitement médical 74 %
- Hémorragies à évolution mortelle 6 %
- Hémorragies ayant nécessité une intervention d'urgence. 4 %
- Hémorragies ayant nécessité une intervention retardée.. 16 %

L'endoscopie apparaît donc comme l'examen paraclinique essentiel en matière d'hémorragie digestive médicamenteuse. Elle nous a permis de déceler dans 93 % des cas la cause de l'hémorragie. Elle permet également d'apprécier son évolution et la persistance ou non du saignement.

Les échecs, dus à la présence de sang ou de caillots sont rares ; les erreurs d'interprétation exceptionnelles.

Mais l'endoscopie demeure un examen délicat nécessitant un opérateur particulièrement entraîné.

Vu le Directeur de l'UER Sud-Ouest
Professeur J.M. ROBERT

Le Président de la Thèse
Professeur A. VACHON

Vu et permis d'imprimer,
LYON, le 2 Avril 1976

Le Président de l'Université Claude Bernard
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales
Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

1 - ANDERON KW. -

Gastric lesions induced by sydrics in laboratory Animals.
Arch. inter-pharmacodyn. , 1964, 152-379.

2 - ARON E., DELBARRE B., JANKOWSKI J.M. -

L'aspirine en pathologie digestive .
Med. Hygiène, 1972, 30, 108-109.

3 - ARTLEY C.E. -

Gastritis, aspirin and alcohol.
Brit. Med. J., 1967, 4, 484-486.

4 - BIGARD M.A. -

La fibroscopie oesogastroduodénale en urgence dans le diagnostic des hémorragies digestives d'origine haute.
Thèse Med. Nancy, 1973.

5 - BODIN F. CONTE M. -

Les hémorragies digestives après ingestion de médicaments anti-inflammatoires.
Sem. Hôp. Paris 45 (14), 887-892, 1969.

6 - BONFILS S. -

Les gastrites d'origine toxique. Gastrites alcooliques, gastrites médicamenteuses.
Rev. Med. 1970, 475-484.

7 - BREUIL J., BLAVON-DUCHESNE N., BANSMANN P., BEAUCHANT J. -

La fibroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives. A propos de 200 cas.
Nouv. Presse Méd. 1972, 1. 2889 - 2892.

8 - CAPELLE P., A. BOGREL J.C., COFFIN J.C., HUGUIER M., LIGNORY C. -

La fibroscopie dans le diagnostic des hémorragies digestives hautes.
Vie Méd. 1973, 36 (3), p. 4565-4572.

- 9 - CHELI R., CARLI C., CIARCAMERLA G. -

Gastrite médicamenteuse. Données endoscopiques et biopsique.
Arch. Fr. Mal. App. Dig., 61 (4-5), 293-299 (1972).

- 10 - CHEHOTAREVA VM. -

Gastric haemorrhage in aspirin ulceration.
Klinisch Med. 46 (2), 127, 129 (1968).

- 11 - COUTURIER D., CHRISTOFOROV R., DUFLO B., FAIVRE J., GUERRE J., HENRY-BIAHAUD
KOUCHNER B., LAFFITE M., LAUNODS J.P., MARTIN E.D., MOULINIER B., NEUMANN M.,
PALIARD P., SOULARD J., STERN P.

Pathologie iatrogène du tube digestif.
Revue des sciences médicales n° 215 (1975).

- 12 - DEBRAY Ch., CRESPON B., HOUNET P., CERF M. -

L'endoscopie oesogastrique d'urgence dans les affections
digestives hautes.
G.M. de France, 1972, 79, 32, p. 5649-5659.

- 13 - DELMOTTE J.S., FILOCHE B., PARIS J.C. -

L'endoscopie d'urgence dans les hémorragies digestives hautes.
Lille Méd., 1972, 17, 1341-1343.

- 14 - DUPUY P., COULHADE J. -

L'endoscopie d'urgence en gastro-entérologie.
Rev. prat., 1971, 21, 15, p. 2615-2623.

- 15 - DUPUY P., HOUNET P., RUEFF B., DEROIDE J.P., DEBRAY Ch., FARAH A. -

Intérêt de l'oesogastrosopie d'urgence dans les hémorragies
digestives hautes graves. Sa place dans les méthodes de dia-
gnostic (160).
Ann. Chir., 1972, 26, p. 126-1268.

- 16 - DURET PH. -

Contribution à l'étude des ulcères gastroduodénaux d'origine
thérapeutique.
Thèse Médecine, Paris, 1966.

- 17 - ETAIX J.P., FRAISSE H. -

Lésions oesogastroduodénales d'origine médicamenteuse . Etude
endoscopique de 50 cas.
Journ. Med. LYON, 1973, 54, p. 175-180.

- 18 - FAIVRE J. -

L'aspirine, cette médonnue (les effets secondaires de l'aspi-
rine).
Thèse Méd. LYON, 1973, n° 189.

19 - FOURNET J. -

Apport de l'endoscopie et de la radiologie d'urgence au diagnostic des hémorragies digestives hautes de l'adulte.
Thèse Méd. Grenoble, 1972, n° 55.

20 - FOURNET J., GIRONA G. -

L'endoscopie d'urgence au cours des hémorragies digestives hautes.
Lyon. Medit. Méd., 1973, IX, 13, p. 1173-1175.

21 - FROGET J., GUENE J., PETITE J.P., CHRISTOFOROV B. -

Les hémorragies médicamenteuses explorées par oesogastrosco­pie d'urgence.
Ann. gastroentérol. hépatol., Paris, 1972, 8, 361-367.

22 - FURNEMONT E. -

Les ulcères médicamenteux du tractus gastro intestinal.
Acta gastroenterologica Belgica., 1972, 35, 371-383.

23 - GUENE J., PERGOLA F. LENRIOT J.M. et FROGET J. (Mme) -

La gastroscopie d'urgence dans les hémorragies digestives.
Entretiens Bichat (chir etSpec) 1971, 151-154.

24 - HEUILLY F., GAUCHER P., LAURENT J., BAS M., VICARI F., JEANPIERRE R.E., GIGARD M.A. -

L'endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes.
Ann. Méd. Nancy, 1971, 10, 1513-1524.

25 - KUIPER D.H., OVERHOLT B.F., FALL D.J. et POLLARD H.M. -

Observations gastroscopiques et perte de sang fécale après administration d'aspirine.
Ann. J. Dig. Dis., Nov. 1969, 14, n° 11, 761-769.

26 - LEVRAT M., LAMBERT R. -

Aspirine, hémorragies digestives, maladies ulcéreuse.
Rev. Lyon Méd., 1958, 7, 1109-1126.

27 - LEVRAT M. , LAMBERT R. -

Ulcères médicamenteux chez le rat. L'acide acétyl salicylique.
Gastroenterologia, 1960, 94, 273-289 et 337-350.

28 - LEVRAT M., MARTIN F. -

Les gastrites médicamenteuses et alcooliques.
Rev. prat. 1969, 19, n° 17, 2615-2623.

- 29 - MINICONI P., DELUMEAU G., PERRIN D., VEYRAC Y., LESCHALIER DE LISLE L.R. -

Apport de la fibroscopie dans les hémorragies digestives d'origine médicamenteuse.

J. Agrégés, juin-juill. 1970, n° 6-7, 385-386.

- 30 - MINICONI P., PERRIN D., DELUMEAU G., VEYRAC Y., LESCHALIER DE LISLE L.R. -

Fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence dans 150 cas d'hémorragie digestive haute.

- 31 - MOULINIER B.- GRENIER-BOLEY P. -

L'endoscopie en urgence dans les hémorragies digestives hautes d'origine indéterminée.

Rapport Congrès Soc. méd. inter. d'endoscopie et de radio-cinéma Marseille, 2 mai 1970.

- 32 - PIERSON RN, HOLT PR., WATSON R.M., KEALING R.P. -

Aspirin and gastric bleeding.

American Journal of Medicine, Vol. 31, août 1961, p. 259-278.

- 33 - QUINTON A., BANCOS J. -

La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence pour hémorragie digestive.

Bordeaux Méd., 1971, 12, p. 3435-3441.

Bordeaux Méd. 1972, 16, p. 2017-2022.

- 34 - ROTH J.L.A., VALDES DAGENA A., PIESES P., BUCHMAN E. -

Topical action of salicylates in gastro intestinal erosion and haemorrhages.

Gastroenterology, 1963, 44, 146-158.

- 35 - RUYVERS L. -

Les ulcérations intestinales et autres altérations morphologiques liées à l'emploi des médications antirhumatismales et de la cortisone.

Acta gastro ent. Belg., 1966, 19, 547-564.

- 36 - SIMLER M., WEILL J.P., FROCKER J.L. et MONATH CL. -

Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse. Réflexions à propos de 50 observations.

Arch. Franç. Mal. app. dig., octobre-novembre 1971, 60_, n°10-11

- 37 - VILLAUD J., CARLI M., KLEPPING C. -

La fibroscopie oesophagienne et gastrique en urgence dans 102 cas d'hémorragies digestives hautes.

Rev. Fr. Gastro-entéro., 1973, 87, 77-84.

